



Health History Spanish

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M / F Raza _____ Alergias _____
Por favor enumere toda la gente que vive en su casa-

Marido _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Otro _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Otro _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Otro _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

Otro _____ Fecha De Nacimiento _____ Ocupación _____ Educación _____

(Físico)

Ojos/Visión	Si / No	Pies	Si / No	Digestión/Nutrición	Si / No	Oídos	Si / No	Orina/Riñones	Si / No
Las Coyunturas	Si / No	Piel	Si / No	Pulmones	Si / No	Dientes	Si / No	Corazón	Si / No
Convulsión	Si / No	Esta expuesto(a) al humo de cigarro			Si / No	Uso de algun medicamento		Si / No	

Historial de la Familia

Ha fallecido algún pariente cercano de repente? Si / No Si es si por favor indique el miembro de familia y la razón.

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades algún pariente cercano? Si es si por favor indique el miembro de familia.

Enfermedades del Coazón	Si / No	Tuberculosis	Si / No	Presión Alta	Si / No
Enfermedades del Riñon	Si / No	Alergias/Asma	Si / No	Cancer	Si / No
Problemas mentales/emocionales	Si / No	Diabetis	Si / No	Anemia	Si / No
Convulsiones	Si / No				

Usa tabacco? Si / No Toma cerveza u otra clase de bebida alcoholica? Si / No Usa alguna clase drogas ? Si / No

Actividad sexual? Si / No Si es Si, usas algun control de anticonceptivo Si / No

Ha estado embarazada ó tenido un niño/niña Si / No A que edad tuviste tú primera menstruación _____

Tiene usted alguna preocupación con lo siguiente?	Medidas de seguridad	Si / No	El uso de sustancias	Si / No
El contagio de enfemedades sexuales	Si / No	Planificación Familiar	Si / No	Otro (Explique)
